

**PARK CITY IMAGING**  
1850 SIDEWINDER DRIVE, SUITE 410  
PARK CITY, UT 84060  
PHONE: 435-615-0250  
FAX: 435-615-0252

**LIBERACION A TERCEROS**

Yo, \_\_\_\_\_, otorgo  
permiso

Escriba su Nombre

a \_\_\_\_\_ recoger  
las imagines y/o

Nombre de persona recibiendo registros

reporte de radiographia professional por servicios otorgados en:

Fecha del Servicio: \_\_\_\_\_

Tipo de Servicio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Favor de notar: **Identificacion fotografica valida** sera requerida al momento de recibir cualquier registro.